

Regulation of and by pharmacists in the Netherlands and Belgium: an economic approach

Citation for published version (APA):

Philipsen, N. J. (2003). *Regulation of and by pharmacists in the Netherlands and Belgium: an economic approach*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht.
<https://doi.org/10.26481/dis.20031211np>

Document status and date:

Published: 01/01/2003

DOI:

[10.26481/dis.20031211np](https://doi.org/10.26481/dis.20031211np)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit proefschrift staan de zogenaamde 'vrije beroepen' centraal, waartoe bijvoorbeeld advocaten, architecten, accountants, artsen en apothekers behoren. Deze beroepen worden gekenmerkt door een hoge graad van regulering, die niet alleen door de overheid wordt opgesteld, maar ook door de beroepsgroepen zelf via zelfregulering. Gedurende de laatste jaren heeft de (publieke en zelf-) regulering van het vrije beroep steeds meer aandacht gekregen van de politiek, d.w.z. regulerende instanties en mededingingsautoriteiten en als gevolg daarvan ook van juristen en de media. Zo is de Europese Commissie in 2003 een onderzoek begonnen naar de regulering van het vrije beroep in de EU-lidstaten, terwijl ook in het Verenigd Koninkrijk en in Ierland uitgebreide rapporten zijn verschenen over het onderwerp, geschreven in opdracht van de respectievelijke mededingingsautoriteiten. In Nederland heeft het onderwerp veel aandacht gekregen in het kader van de zogenaamde MDW-projecten (Marktwerving, Deregulering en Wetgevingskwaliteit) en heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit NMa meerdere zaken behandeld betreffende concurrentiebeperkende zelfregulering in de vrije beroepen.

Enerzijds kan een hoge mate van regulering de toegang tot het beroep en de concurrentie tussen beroepsbeoefenaren beperken; anderzijds zou deze regulering nodig kunnen zijn om de kwaliteit van de dienstverlening te waarborgen of te verbeteren. Omdat beroepsgroepen in het algemeen niet onafhankelijk zijn van de belangen die zij reguleren, is het bovendien interessant om de effecten van zelfregulering op de sociale welvaart te analyseren. Daartoe is in dit proefschrift het apothekersberoep in Nederland en België bestudeerd. Echter, de conclusies gaan verder dan de regulering van Nederlandse en Belgische apothekers alleen, omdat zij tot op zekere hoogte ook van toepassing zijn op andere beroepen en op andere landen. De vraag die centraal staat in dit proefschrift is de volgende: *zijn er vormen van (zelf)regulering in de apothekersmarkt die de maatschappelijke welvaart in de economie verhogen, of is deze regulering vooral een resultaat van 'rent seeking' gedrag?* Om tot een antwoord op deze vraag te komen worden vier subvragen gedefinieerd.

Hoofdstuk 2: Een economische analyse van de regulering van de vrije beroepen

De eerste van deze vier subvragen betreft een economische analyse van (zelf-) regulering, ofwel: *wat kunnen we leren van de bestaande economische theorieën over regulering?* Daarvoor moeten de *public interest* en *private interest* benadering van regulering onderzocht worden. De *public interest* benadering van regulering beschrijft hoe (zelf-) regulering zou kunnen dienen als een correctie voor marktfalen. Het reguleren van marktfalen beoogt te leiden tot verhoging van de maatschappelijke welvaart. Vier vormen van marktfalen worden benadrukt in de economische literatuur: een gebrek aan concurrentie, informatieproblemen (averechtse selectie, moreel risico, begrensde rationaliteit), externe effecten en publieke goederen. Voor de vrije beroepen lijkt vooral informatieassymetrie tussen dienstverlener en klant een belangrijk argument te zijn. Omdat de meeste professionele diensten 'ervaringsgoederen' of 'vertrouwensgoederen' zijn, zou regulering nodig kunnen zijn om achteruitgang van de kwaliteit (als gevolg van averechtse selectie) zoals voorspeld door Akerlof (1970) tegen te gaan. Ook het moreel risico probleem van vraagontwikkeling (hetgeen optreedt als een beroepsbeoefenaar diensten verleent die de consument niet gewild zou hebben als hij of zij volledige informatie had gehad) en de aanwezigheid van negatieve externe effecten zouden aanleidingen kunnen zijn om te interveniëren in de markt.

De *private interest* benadering is afgeleid van drie economische theorieën die alle de opvatting hebben dat de rol van belangengroepen in de formulering van regulering erg groot is. Deze theorieën zijn de *capture theory*, (elementen uit) *public choice* en de *economic theory of regulation* van Stigler (1971). Deze theorieën hebben als overeenkomst dat zij alle suggereren dat regulering niet alleen een antwoord is op marktfalen (of zelfs helemaal niet), maar ook een resultaat van *rent-seeking* gedrag door belangengroepen die in staat zijn om de regelmakers te beïnvloeden. Aanhangers van de *private interest* benadering beweren dat belangengroepen continu bezig zijn met het beïnvloeden van politieke besluiten, met het oogpunt om zelf winsten, ofwel *rents*, te behalen. *Rent seeking* is volgens Olson (1965) het meest succesvol als een groep relatief klein is, haar belangen zich toespitsen op een heel specifiek onderwerp en zij goed is georganiseerd. Organisaties van vrije beroepsbeoefenaren lijken in het algemeen aan deze criteria te voldoen.

Daarnaast wordt in hoofdstuk 2 een aantal vormen van kwaliteitsregulering geanalyseerd, in oplopende mate van ingrijpen in het marktproces. Achtereenvolgens worden de volgende instrumenten besproken: informatievoorziening en de regulering van reclame, kwaliteitsstandaarden en licenties (vergunningen) en certificaten. Uit de economische analyse van deze vormen van regulering wordt onder meer duidelijk dat, hoe verder een regulering ingrijpt in het marktproces, hoe groter de kans wordt dat regulerend ingrijpen naast algemene welvaartsdoelinden ook private belangen zal dienen. Vervolgens staat het onderwerp zelfregulering centraal. De hoofdargumenten voor zelfregulering werden reeds gepresenteerd in een artikel van Miller (1985). Hij verwees naar de specifieke kennis waarover vrije beroepsbeoefenaren beschikken, de flexibiliteit van zelfregulerende autoriteiten ten opzichte

van de overheid en de lagere kosten van zelfregulering. Echter, de *private interest* benadering geeft een aantal tegenargumenten. Immers, juist omdat beroepsbeoefenaren lijken te voldoen aan de criteria voor belangengroepen, ontberen zij prikkels om kwaliteitsregulering door te voeren en te controleren. Alleen het argument van specifieke kennis blijft onbetwist. Beide benaderingen hebben plausibele argumenten ten opzichte van zelfregulering. Helaas is de mathematisch-economische literatuur die poogt zelfregulering te modelleren nog vrij summier. Deze literatuur geeft bovendien ook geen eenduidige argumenten voor of tegen zelfregulering. Empirische studies naar de voors en tegens van zelfregulering lijken daarom noodzakelijk.

Men kan dus concluderen dat in sommige markten van professionele dienstverlening er inderdaad enige ruimte zou kunnen zijn voor (zelf-) regulering van de kwaliteit, maar er dient een garantie te zijn van een welvaartsverbetering. In dat opzicht voorziet Artikel 81(3) van het EG-mededingingsrecht, waarin de voorwaarden voor vrijstelling van een mededingingsbepenkende overeenkomst opgesomd worden, in een bruikbaar schema. De regulering van een vrij beroep zou getoetst kunnen worden aan de hand van dit schema.

Hoofdstuk 3: De farmaceutische markt

De tweede subvraag, welke behandeld wordt in de hoofdstukken 3 t/m 5, is: *hoe zijn de Nederlandse en Belgische apothekersmarkt gereguleerd?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk eerst een inleiding te geven in de structuur van de farmaceutische markt, welke gekenmerkt wordt door een groot aantal marktdeelnemers die allemaal in meer of mindere mate met elkaar in contact staan: de farmaceutische industrie, groothandels, artsen (huisartsen en specialisten), apothekers, consumenten (patiënten), de overheid en zorgverkeers. Figuur 3.1 geeft de onderlinge relaties weer. Daarna worden in hoofdstuk 3 achtereenvolgens de productie, distributie en consumptie van geneesmiddelen besproken. Wat betreft de *productie* van geneesmiddelen onderscheiden we verschillende soorten geneesmiddelen: merkgeneesmiddelen (specialités), parallelimport, generieke geneesmiddelen en apotheekbereidingen. Bovendien kunnen geneesmiddelen worden opgedeeld in receptgeneesmiddelen (voorgeschreven door een huisarts of specialist en alleen verkrijgbaar bij een apotheker of apotheekhoudend huisarts) en OTC, ofwel zelfzorggeneesmiddelen. In België zijn OTC geneesmiddelen alleen in de apotheek verkrijgbaar, terwijl deze in Nederland ook in (gelicenseerde) drogisterijen of drogisterij-afdelingen in supermarkten verkrijgbaar zijn. De onderverdeling in soorten geneesmiddelen is grafisch uitgebeeld in figuur 3.2. De prijs van receptgeneesmiddelen alsmede de vergoeding door zorgverzekeraars zijn zwaar gereguleerd, zowel in Nederland als in België.

Wat betreft de *distributie* van geneesmiddelen, dient een onderscheid te worden gemaakt tussen het groothandelskanaal en de detailhandel. De groothandels vormen de link tussen de farmaceutische industrie en de detailhandel. De detailhandel voor receptgeneesmiddelen bestaat uit de intramurale markt (via ziekenhuisapo-

theken) en de extramurale markt (via openbare apotheken en apotheekhoudend huisartsen). Relatief nieuw zijn de internetapotheek en de postorderapotheek.

De *consumptie* van receptgeneesmiddelen verschilt van die van 'normale' goederen. De prijsgevoeligheid is relatief laag omdat consumenten niet de gehele prijs van het geneesmiddel hoeven te betalen (vanwege vergoeding door zorgverzekeraars). Bovendien kiezen patiënten over het algemeen hun medicijnen niet zelf, omdat zij onvoldoende kennis hebben over geneesmiddelen om mee te kunnen beslissen over de benodigde therapie. Echter, de invloed van de consument op het voorschrijfgedrag van de arts is in de afgelopen jaren enigszins toegenomen door de opkomst van patiëntenorganisaties en door de toename in informatie die verkrijgbaar is via internet. In Nederland is het percentage 'diagnose met prescriptie' lager dan in België.

In hoofdstuk 3 wordt ook de ontwikkeling van het apothekersberoep gepresenteerd. Volgens Van der Mijn (1989) hebben sinds de eerste helft van de vorige eeuw drie gebeurtenissen een grote invloed gehad op het apothekersberoep: de opkomst van het industrieel vervaardigde medicijn ten koste van de eigen bereidingen, de toenemende complexiteit van de geneesmiddelenmarkt en de differentiatie in de uitoefening van het beroep. De rol van de openbare apotheker is hierdoor behoorlijk veranderd. De moderne openbare apotheker heeft een aantal nieuwe taken gekregen op het gebied van farmaceutische zorg, terwijl zijn/haar taken in de bereiding van geneesmiddelen aanzienlijk zijn afgenomen. Distributie (verkoop) van geneesmiddelen vormt nog steeds een belangrijk onderdeel van het takenpakket van een apotheker.

De hiervoor bedoelde nieuwe taken op het gebied van farmaceutische zorg zijn medicatiebewaking, therapiebewaking, het geven van voorlichting aan de gebruiker en het verstrekken van farmacotherapeutische informatie en adviezen aan de arts. Vooral dit laatste is erg belangrijk geworden; de eerste drie taken kunnen tot op zekere hoogte ook uitgevoerd worden door apothekersassistenten onder toezicht van een apotheker.

Hoofdstuk 4: De regulering van apothekers in Nederland

Het regulerend kader van de Nederlandse apothekersmarkt bestaat uit publieke regulering (Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, Besluit Uitoefening Artsenijbe-reidkunst, Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en verschillende bepalingen met betrekking tot prijzen en vergoedingen) en zelfregulering opgesteld door de Nederlandse apothekersvereniging KNMP. De zelfregulering anno 2003 bestaat uit de (nieuwe) Nederlandse Apotheek Norm van 2002, de Beroepscode en het Professioneel Statuut. Ook is er een KNMP vestigingsadviesbeleid, maar in de praktijk is deze tekst nauwelijks relevant meer. Een zeer groot gedeelte van de apothekers is lid van de KNMP, dus het bereik van de zelfregulering is erg groot.

Er zijn geen buitensporige restricties betreffende de opleiding tot apotheker in Nederland. De toegang tot het beroep wordt geregeld door een dubbel registratiesys-

teem. Een apotheker met het juiste diploma moet zich inschrijven in het register van de regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg en in het titelregister van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Het bereiden en afleveren van geneesmiddelen wordt beschermd door de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Alleen apothekers – en onder bepaalde voorwaarden apotheekhoudende huisartsen – mogen receptgeneesmiddelen afleveren. Zij hebben derhalve een domeinmonopolie in de extramurale levering van geneesmiddelen op recept. OTC geneesmiddelen mogen in Nederland ook verkocht worden door gelicenseerde drogisten. Voor elk afgeleverd receptgeneesmiddel ontvangen apothekers een vast bedrag: de zogenaamde receptregelvergoeding. Tot het einde van de jaren negentig waren openbare apothekers geheel beschermd tegen concurrentie van zorgverzekeraars, ziekenhuisapothekers en ketens van groothandels en drogisten. Echter, een aantal concurrentiebeperkingen, dat bij wet bepaald was, zoals een verbod op loondienst en een verbod op extramurale levering door ziekenhuisapothekers, is inmiddels opgeheven door de overheid.

De vestiging van apotheken wordt al lang gereguleerd door de KNMP: tussen 1975 en 1987 in de vorm van een privaat vestigingsbeleid en vanaf 1987 in de vorm van een vestigingsadviesbeleid. Volgens dit vestigingsadviesbeleid moet een apotheek een minimum aantal prescripties hebben (vroeger was dit nog een minimum aantal patiënten) om 'bedrijfseconomisch haalbaar', ofwel levensvatbaar, te zijn. Hoewel strikt juridisch bekeken de KNMP nooit heeft kunnen verhinderen dat niet-leden zich vestigen, hebben de vestigingsregels in de praktijk een grote invloed gehad op de Nederlandse markt. Ten eerste natuurlijk omdat KNMP-leden gebonden waren aan deze regels. Net zo belangrijk is echter het feit dat de medewerkersovereenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekers, die een essentiële voorwaarde vormen voor overleven in de Nederlandse apothekersmarkt, gebaseerd waren op het KNMP vestigingsadviesbeleid. Hoewel collectieve onderhandelingen expliciet verboden zijn door de Nederlandse Mededingingsautoriteit NMa, bevatten veel medewerkersovereenkomsten tegenwoordig nog steeds bepalingen die zijn gebaseerd op de KNMP-bepalingen aangaande de bedrijfseconomische haalbaarheid van een apotheek.

Naast de vestiging van apotheken, legde de zelfregulering van de KNMP tot voor kort ook restricties op met betrekking tot het adverteren voor de eigen praktijk en de concurrentie tussen apothekers. Deze restricties werden opgeheven in 2001, toen de KNMP gedragsregels werden ingetrokken. Op papier zijn er nu geen advertentiebeperkingen meer. Daarnaast werden drie bepalingen van de Nederlandse Apotheek Norm gewijzigd, die eisen stelden ten aanzien van de inrichting en toegankelijkheid van een apotheek. Deze veranderingen in de zelfregulering zijn in hoge mate een resultaat van het ingrijpen in de farmaceutische markt door de NMa op basis van de Mededingingswet van 1998.

Er zijn bijna geen mogelijkheden voor apothekers in Nederland om te concurreren in prijs. Geneesmiddelenprijzen worden gereguleerd door de overheid, met name via de Wet Geneesmiddelenprijzen en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. De

prijzen worden vastgelegd in een prijslijst, genaamd de *taxe*. Het gevolg is dat de enige prijsconcurrentie die zich voordoet in de geneesmiddelenmarkt, concurrentie is in de vorm van kortingen en bonussen verstrekt door de farmaceutische industrie en groothandels aan apothekers. De overheid wil dat deze bonussen en kortingen terugvloeien naar de gezondheidszorg en introduceerde daarom het zogenaamde 'claw back' systeem in de jaren negentig. Dit houdt in dat de vergoeding die betaald wordt door zorgverzekeraars aan apothekers voor een afgeleverd geneesmiddel, welke is gebaseerd op de taxeprijzen, niet de volledige prijs is: een percentage (de 'claw back') wordt van deze taxeprijs afgetrokken. Het debat rond bonussen en kortingen is vandaag de dag nog steeds gaande.

Hoofdstuk 5: De regulering van apothekers in België

Ook Belgische apothekers worden zowel door de overheid als door de beroepsgroep zelf gereguleerd. Eerstgenoemde categorie bestaat onder meer uit het Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, het Koninklijk Besluit nr. 80 betreffende de Orde der Apothekers en de Koninklijke Besluiten aangaande het toezicht op de vestiging van apotheken en de overnameprijs van apotheken. Ook zijn er verschillende regels betreffende prijzen en vergoedingen. De zelfregulering bestaat voornamelijk uit de deontologische regels van de Orde der Apothekers. Naast de Orde is er een tweede nationale apothekersvereniging in België, de APB, welke zich vooral bezighoudt met lobbyen en informatieverstrekking.

Wat betreft de opleiding tot apotheker zijn er geen concurrentiebeperkende regels. Echter, het domeinmonopolie van de apotheker in het bereiden en afleveren van geneesmiddelen, inclusief OTC geneesmiddelen, wordt beschermd door regulering. Om actief te kunnen zijn als apotheker dient men zich eerst te registreren bij de Geneeskundige Commissie van de provincie waar men zich wil vestigen en bij de Orde der Apothekers. Het is zeer moeilijk voor startende apothekers om een plaats in de markt te veroveren. Dit is niet alleen een gevolg van hoge overnameprijzen (ondanks regulering van de overnameprijs door het KB van 13-4-1977), maar ook van het moratorium dat is opgenomen in de vestigingswet. Deze vestigingswet, het KB van 25-9-1974, bevatte voorheen reeds strikte criteria betreffende bevolkingsgrootte en de minimum afstand tot andere apotheken.

De deontologische regels van de Orde der Apothekers bevatten bepalingen die het adverteren voor de eigen praktijk beperken en die instructies opleggen voor de inrichting van een apotheek en de etalage. Volgens het Belgische Hof van Cassatie mag adverteren alleen verboden worden als het de eer en waardigheid van het beroep in gevaar brengt. Echter, hoewel de meeste deontologische regels reeds tientallen jaren geleden geformuleerd werden, zijn deze tot 2003 nog nauwelijks veranderd.

Geneesmiddelenprijzen, alsmede de marges voor groothandels en apothekers, worden volledig door de overheid bepaald door middel van verschillende Ministeriële

en Koninklijke Besluiten. Apothekers hebben weinig mogelijkheden om te concurreren in prijs, omdat geneesmiddelenprijzen wettelijk vastgelegd zijn. De vergoeding door de mutualiteiten (de Belgische zorgverzekeraars) wordt gereguleerd door het RIZIV, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. De almaar stijgende geneesmiddelenprijzen leveren problemen op voor de verzekering van de gezondheidszorg in België (zoals in vele andere Europese landen, waaronder Nederland). Een bijkomend probleem voor het RIZIV is bovendien dat het bedrag van de eigen bijdragen, het zogenaamde 'remgeld', vast ligt, zodat de stijgingen in de geneesmiddelenprijzen het budget voor geneesmiddelen verder onder druk zetten.

Hoofdstuk 6: Een economische analyse van de regulering in Nederland en België

De derde subvraag heeft betrekking op een kwalitatieve analyse van de regulering: *bevordert de (zelf-) regulering van de apothekersmarkt de maatschappelijke welvaart, of moet deze (in meer of mindere mate) beschouwd worden als een instrument in de handen van belangengroepen?* Een public interest analyse van de Belgische en Nederlandse regulering laat zien dat, hoewel er argumenten zijn voor enige regulering van de kwaliteit van farmaceutische diensten, een gedeelte van de bestaande regulering zeker niet in het algemeen belang is. De regulering van de tarieven, het verbod op reclame, de voorschriften omtrent de inrichting van de apotheek en het vestigingsbeleid lijken alle verder te gaan dan nodig is om marktfalen te corrigeren. Dit komt overeen met de voorspelling in de literatuur dat een beroepsgroep zal proberen om monopoliewinsten te behalen via regulering die hen beschermt tegen concurrentie.

Hoewel de regulering tot op zekere hoogte in het belang van apothekers zelf is opgesteld, is het ook aannemelijk dat bepaalde regels, zoals de prijsregulering, het resultaat zijn van concurrentie tussen verschillende belangengroepen. Prijsregulering zal waarschijnlijk ook de belangen van zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie dienen. D.w.z., hoewel men kan beweren dat normale prijsconcurrentie tussen producenten van geneesmiddelen gunstiger zou zijn voor zorgverzekeraars, zullen zij zich in het huidige systeem van gereguleerde prijzen nauwelijks zorgen hoeven te maken over concurrentie met andere zorgverzekeraars. Bovendien is de farmaceutische industrie ondanks de gereguleerde prijzen blijkbaar nog steeds in staat om hoge bedragen aan bonussen en kortingen te verlenen aan apothekers en ziekenhuizen. Het is zeer moeilijk vast te stellen wie nu eigenlijk profiteert van een dergelijke regulering.

Verder is het onwaarschijnlijk dat een van de betrokken partijen (apothekers, zorgverzekeraars, de overheid, de farmaceutische industrie en consumenten) profiteert van de huidige regulering die het domeinmonopolie van de apotheker koppelt aan de receptregelvergoeding (Nederland) en de apothekersmarge (België). Deze koppeling moedigt slechts de verkoop van receptgeneesmiddelen aan, terwijl het geen enkele prikkel geeft aan apothekers om diensten te verlenen, dit ondanks de veronderstelde nieuwe taken van apothekers op het gebied van 'farmaceutische zorg' en ondanks het feit dat de meeste geneesmiddelen op de markt tegenwoordig voorverpakt zijn. Zowel de *public interest* analyse als de *private interest* analyse in

hoofdstuk 6 komen tot deze conclusie, omdat tegenwoordig noch het publiek (de consument), noch de gereguleerde partijen baat lijken te vinden bij deze ouderwetse regulering. Een oplossing zou gevonden kunnen worden in de introductie van een nieuw vergoedingssysteem voor apothekers dat strikt onderscheid maakt tussen distributietaken (inkooptaken) en zorgtaken.

Hoofdstuk 7: Een empirische en vergelijkende analyse

In dit hoofdstuk wordt de vierde en laatste subvraag behandeld: *is er enig empirisch bewijs van rent-seeking gedrag door apothekers?* Hierbij is het tevens zinvol om te bekijken of verschillen in regulering tussen Nederland en België leiden tot verschillen in de effectiviteit van *rent seeking* door apothekers. Hiervoor beschouw ik het aantal apotheken en apothekers, het (relatieve) gemiddelde inkomen van apothekers, en de goodwill betaald bij de overname van een apotheek. Echter, het verkrijgen van gegevens omtrent inkomens en overnameprijzen blijkt behoorlijk lastig te zijn: enerzijds worden sommige gegevens niet openbaar gemaakt of wordt geclaimd dat bepaalde cijfers niet beschikbaar zijn, terwijl anderzijds informatiebronnen elkaar behoorlijk kunnen tegenspreken (een voorbeeld hiervan zijn de enorme verschillen in de schattingen van de bonussen en kortingen in Nederland). De analyse bestaat daarom noodzakelijkerwijs gedeeltelijk uit indirect bewijs. In aanvulling op de bovengenoemde indicatoren worden daarom ook twee *casestudies* gepresenteerd, respectievelijk betreffende Boots en OPG.

Wat betreft het aantal apotheken zijn er aanzienlijke verschillen tussen Nederland en België. Hoewel in België het aantal apothekers veel hoger is dan in Nederland, zijn de effecten van het vestigingsbeleid door de jaren heen in beide landen zichtbaar. De redenen achter het vestigingsbeleid verschillen echter: in Nederland is de reden voor het KNMP-beleid een beperking van toetreders door zittende apothekers om financieel haalbare apotheken te garanderen, terwijl in België de overheid het 'overaanbod' van apotheken wil reguleren. Het aantal patiënten per apotheek is in Nederland veel hoger dan in België. Bovendien is dit aantal in België min of meer constant gebleven gedurende de laatste decennia, terwijl in Nederland dit aantal hoog is en steeds is blijven stijgen. Het lijkt erop dat de Nederlandse apothekers eerder begonnen zijn met het beperken van de markttoegang dan hun Belgische collegae en dat zij erin geslaagd zijn om een reeds klein aantal apotheken verder te beperken.

De gegevens over gemiddelde inkomens van apothekers die gepresenteerd worden in hoofdstuk 7 (welke gedeeltelijk zijn gebaseerd op eigen berekeningen) suggereren dat Nederlandse apothekers hogere inkomens genereren dan Belgische, hoewel in België apothekers het relatief goed doen qua inkomen ten opzichte van een aantal andere vrije beroepen. Dit verschil zal voor een groot deel verklaard kunnen worden door het gemiddeld aantal patiënten per apotheek. Het feit dat Belgische apothekers een monopolie op OTC geneesmiddelen hebben, terwijl in Nederland ook gelicenseerde drogisten deze producten mogen verkopen, lijkt een veel kleiner effect op de inkomensgegevens te hebben (waarschijnlijk omdat dit ook het aantal

apotheken beïnvloedt). Men moet echter voorzichtig zijn met het interpreteren van inkomensgegevens, aangezien hoge inkomens niet noodzakelijkerwijs voortvloeien uit hoge winsten als gevolg van *rent seeking* gedrag, maar tot op zekere hoogte een gevolg kunnen zijn van investeringen in een lange opleiding of een compensatie voor grote verantwoordelijkheden.

In Nederland en België worden hoge bedragen voor goodwill betaald bij de overname van een apotheek. Dit laat zien dat de licentie om een apotheek te houden een reële en hoge waarde heeft (bovenop de waarde van het onroerend goed, de voorraden en dergelijke) en dat er sprake is van *rents* die kunnen worden bemachtigd door apothekers. Hoewel er natuurlijk onderscheid dient te worden gemaakt tussen bovenmatige winsten enerzijds en hoge inkomens die het resultaat zijn van investeringen in onderwijs of grote verantwoordelijkheden anderzijds, is er een probleem met de goodwill die betaald wordt voor Nederlandse en Belgische apotheken. Het betreft hier namelijk winsten die voortkomen uit beschermende regulering (met name het domeinmonopolie zoals geanalyseerd in hoofdstuk 6) in tegenstelling tot vergoedingen voor reële inspanningen.

Vanwege de hoge prijzen die betaald moeten worden voor een apotheek, worden veel apotheken in Nederland en België tegenwoordig overgenomen door groothandels- en drogisterijketens. Dat is op zich geen probleem, omdat consumenten hierdoor niet onthouden worden van farmaceutische dienstverlening door gekwalificeerde apothekers. Toch mislukte het eerste experiment, dat was opgezet door de Britse drogisterijketen Boots. In 1999 begon Boots met het openen van apotheekafdelingen in haar winkels als een reactie op de wijziging in de Nederlandse wet die het verbod op loondienst schrapte. De onderneming bood een soort 'para-professie' aan doordat zij zich specialiseerde in het aanbieden van receptgeneesmiddelen en niet of nauwelijks in het verlenen van diensten. De uiteindelijke mislukking van het experiment van Boots kan gedeeltelijk verklaard worden door de gespannen Nederlandse arbeidsmarkt toentertijd en wellicht ook door de onbekendheid van de apotheekafdelingen van Boots bij het Nederlandse publiek. Echter, de analyse in hoofdstuk 7 laat zien dat waarschijnlijk ook de tegenwerking door andere apothekers (het niet willen samenwerken, bepalingen in de Nederlandse Apotheek Norm), zorgverzekeraars (problemen met medewerkersovereenkomsten) en artsen (het niet willen samenwerken, elektronische voorschriften) hieraan bijdroeg. De drogisterijketen Etos, die de Boots-vestigingen in 2001 gekocht heeft, is een vergelijkbaar experiment begonnen in 2003. De tijd zal moeten uitwijzen of dit project meer succes heeft.

De tweede casestudy betreft OPG. Dit is de grootste Nederlandse groothandel in medicijnen met een marktaandeel van rond de 35%, die bovendien actief is in het opkopen van apotheken. Eind 2002 beheerde OPG reeds 153 apotheken. Men kan zich afvragen of OPG met haar sterke marktpositie en een achtergrond als coöperatie van apothekers een rol heeft gespeeld in het weren van ongewenste nieuwkomers op de markt. Inderdaad heeft OPG een aandeel gehad in het mislukken van de eerste postorderapotheek in Nederland, doordat zij weigerde te leveren aan een

apotheker die deelnam aan dit project. OPG was ook – samen met apothekers – betrokken bij juridische stappen die werden ondernomen tegen de overheidsplannen om de ‘claw back’ te verhogen in 2003. Verder is het mogelijk dat OPG (opnieuw samen met apothekers) een van de anonieme groothandels was die betrokken waren bij de boycot van Genthon, een fabrikant van generische medicijnen die zijn cholesterolverlagers tegen zeer lage prijzen aanbood. Men moet zich tenminste bewust zijn van eventueel misbruik van marktmacht in situaties zoals deze, waarin groothandelaren marktmacht in de groothandelsmarkt combineren met een groot (en stijgend) marktaandeel in de detailhandel. De Nederlandse Mededingingsautoriteit NMa kondigde in mei 2003 aan dat zij de prijsafspraken in de gehele geneesmiddelensector onder de loep zou nemen, als gevolg van een klacht die werd ingediend tegen apothekers en groothandelaren door Zorgverzekeraars Nederland. Het lijkt hierbij noodzakelijk om ook het machtsblok van apothekers en groothandels nader te onderzoeken.

8. Conclusies

De centrale probleemstelling, *zijn er vormen van (zelf)regulering in de apothekersmarkt die de maatschappelijke welvaart in de economie verhogen, of is deze regulering vooral een resultaat van ‘rent seeking’ gedrag*, is in het voorgaande uitgebreid beantwoord aan de hand van de vier subvragen. Hoewel er kwalitatief en kwantitatief bewijs voor de argumenten van de *private interest* benadering van regulering gevonden werd, blijft de empirische vraag of Nederlandse en Belgische apothekers succesvolle *rent seekers* zijn moeilijk te beantwoorden, aangezien additionele (en vaak moeilijk te verkrijgen) gegevens nodig zijn om hardere claims te maken. Deze vraag blijft dus gedeeltelijk onbeantwoord en is zeker verder onderzoek waard, niet alleen met betrekking tot de landen die in dit proefschrift behandeld zijn, maar ook met betrekking tot andere landen – en andere beroepen. De studie door de Europese Commissie en de rapporten in opdracht van de Ierse mededingingsautoriteit en de Britse OFT geven al aan dat er vandaag de dag nog veel onderzoek gedaan wordt naar de (over)regulering in het vrije beroep.

De conclusie van de positieve (in tegenstelling tot een normatieve) rechtseconomische analyse van de regulering van apothekers is derhalve dat een gedeelte van de regulering inderdaad een resultaat van rent-seeking gedrag door apothekers lijkt te zijn, terwijl het bovendien erop lijkt dat enkele bepalingen uit de zelfregulering beter geschrapt kunnen worden. Het betreft de bepalingen die zich richten op een bescherming van de distributietaken, met name de regels over reclame en inrichting van de apotheek, en dan vooral in België, aangezien in Nederland de zelfregulering recentelijk al onderhevig is geweest aan een aantal wijzigingen. Verder zijn er regels die noch een *public interest* noch een *private interest* doel lijken te dienen. Vanuit normatief oogpunt kan over de inefficiëntie van de huidige definitie van het domeinmonopolie van de apotheker en de koppeling hiervan aan de vergoeding voor de apotheker, gezegd worden dat een oplossing gevonden zou kunnen worden in een nieuw vergoedingssysteem. Hierbij moet gedacht worden aan een vergoedingsstelsel dat apothekers apart beloont voor taken op het gebied van de farmaceuti-

sche zorg – zoals advies aan artsen – en voor distributietaken. In dat opzicht bieden de huidige ontwikkelingen in Nederland, waar zorgverzekeraars meer en meer gedwongen worden door de overheid om de regisseurs van de zorg te worden, interessante mogelijkheden. Zorgverzekeraars zouden nog meer opties moeten hebben om apothekers gericht te belonen voor het uitvoeren van bepaalde taken, bijvoorbeeld door apothekers in te huren of in dienst te nemen voor de inkoop van medicijnen, of door hen specifiek te belonen voor bepaalde vooraf gedefinieerde farmaceutische diensten aan patiënten. Dit zal uiteindelijk (kunnen) leiden tot een verdere differentiatie binnen het apothekersberoep: sommige apothekers kunnen ervoor kiezen om zich te specialiseren in dienstverlening, terwijl anderen zich zouden kunnen specialiseren in distributietaken, bijvoorbeeld in opdracht van zorgverzekeraars. Meer differentiatie tussen zorggerichte apotheken enerzijds en apotheken zoals Boots en Etos, die gespecialiseerd zijn in een snelle distributie (para-professies), anderzijds, zal hoogstwaarschijnlijk het resultaat zijn.